COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

FORMATO CERTIFICACIÓN PAGO PARCIAL					
Naturaleza del proceso:	**Apoyo**	**Código:**	**GFIF03**	**Versión**	**01**

(1) Contrato No.	252	de	ENERO DE 2024		
(2) Nombre del contratista y/o representante legal:			DANILO BONILLA MORALES		
(3) Dirección:	CRA 45 # 45-16 BLOQUE 3 APT 904		(4) Teléfono:	3153389502	
(5) Cédula y/o NIT:	79493424		(6) Correo electrónico:	dbonillam@minsalud.gov.co	
(7) Nombre (s) del supervisor (es) y/o interventores (es):			**JAIME ALBERTO VILLAMIL**		
(8) Dependencia:	Subdireccion de Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud		(9) No. Extensión o teléfono:	1921	
(10) Objeto:	Prestación de Servicios Profesionales de apoyo al Ministerio, en el análisis, evaluación y diagnóstico de los soportes contables y financieros presentados por las empresas del aseguramiento en salud, con la finalidad de ejercer las funciones regulatorias de la Dirección de beneficios, costos y tarifas del aseguramiento en salud.				
(11) Plazo de ejecución:	11 MESES				
(12) Fecha de inicio:	29/01/2024		(13) Fecha terminación:	28/12/2024	
(14) Valor inicial del contrato: $		$ 121.000.000,00			
(15) Valor pagos (mensual o como se haya pactado): $		$ 11.000.000,00			
(16) Valor desplazamientos: $		$ 0,00			
(17) Adición ($):	N/A				
(18) Prórroga (tiempo)	N/A				
(19) Suspensión	N/A				
(20) Cesión:	N/A				
(21) Concepto del pago:	Honorarios correspondintes al septimo pago del 1 de julio al 31 de julio de 2024				

Aspecto económico

(22) Valor total contrato (inicial+adición) (vigencia) $	(23) Valor pagado (vigencia) $	(24) Valor a pagar (vigencia) $	(25) Saldo liberado (vigencia) $	(26) Saldo por pagar (vigencia) $
$ 121.000.000,00	$ 55.733.333,00	$ 11.000.000,00	$ 0,00	$ 54.266.667,00

Pago aportes salud - pensiones - parafiscales

(27) Salud valor aporte: $	$ 1.023.900,00	(28) Pensión valor aporte:	$ 1.275.000,00
(29) ARL: $	$ 39.200,00		
(30) Planilla de pago No.	79294131	(31) Fecha:	8/08/2024
(32) Certificación parafiscales de fecha:			

(33) **Concepto supervisor (es) y/o interventor (es)**

El/la contratista **Danilo Bonilla Morales** cumplió con las obligaciones contraídas en el contrato No.**252** de **Enero de 2024**, presentando el respectivo informe de actividades desarrolladas, productos y demás obligaciones pactadas en el contrato y en el período señalado en el concepto del pago, correspondiente al contrato principal.

parafiscales. (Se anexan comprobantes de pago de los aportes).

El contratista cumplió con el requisito establecido en el numeral siete (7) de la circular interna N° 25, del 22 de julio del 2013, remitiendo copia del examen preocupacional a la Subdirección de Gestión del Talento Humano del Ministerio ☑SI ☐NO

Por lo anterior, se debe pagar a el/la contratista la suma de $ **Once millones de pesos m/cte.**

(34) **Observaciones:**

(35) **Firma responsables:**

Firmado digitalmente por Jaime Alberto Villamil Torres

JAIME ALBERTO VILLAMIL

(36) Fecha: agosto 08 de 2024 Bogotá D. C.

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
571e99d75b68ac6c9bfa18f5dd93f9776b760d03eb56e8fb6ed4503b100b35fd76d4c1cefa93f164d62428bc3274b199

Número de Factura: DBN-155
Fecha de Emisión: 06/08/2024
Fecha de Vencimiento: 16/08/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Transferencia Débito Interbancario
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: BONILLA MORALES DANILO
Nombre Comercial: BONILLA MORALES DANILO
Nit del Emisor: 79493424
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 6920

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CR 45 44 21 TO 5 AP 902 CON RAFAEL NUÑEZ
Teléfono / Móvil: 3153389502
Correo: danilobonilla123@yahoo.es

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: MINSALUD / MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900474727
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-13;O-23
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CRA 13 32 76
Teléfono / Móvil: 3305000
Correo: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	0001	HONORARIOS	NIU	1,00	$ 11.000.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 11.000.000,00

Notas Finales

#$19-01-01-000;Contrato 252-2024;jvillamil@minsalud.gov.co#$
Honorarios correspondientes al mes de julio de 2024 contrato 252 de enero de 2024
Linea de negocio: #$19-01-01-000;Contrato 252-2024;jvillamil@minsalud.gov.co#$

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2024-08-06 09:24:34
Documento generado el: 2024-08-06 09:24:33
Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			11.000.000,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			11.000.000,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			11.000.000,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	11.000.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764072288088 Rango desde: 153 Rango hasta: 200 Vigencia: 2024-12-05

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79493424	DANILO BONILLA MORALES	CRA 45 45 16	3153389502	danilobonilla123@yahoo.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-07	I	08/08/2024	79294131	$2.338.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	937.500	86.400		0		0	0	0	0	1.023.900	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.200.000	0	0	37.500	37.500	0	0		1.275.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	39.200				39.200	0	0	39.200			392	39.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	1.023.900	1.023.900
Pensión	1	1.275.000	1.275.000
Riesgos Laborales	1	39.200	39.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.338.100	2.338.100

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79493424	DANILO BONILLA MORALES		CRA 45 45 16	3153389502	danilobonilla123@yahoo.es
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-07	I	08/08/2024	79294131	$2.338.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	79493424	BONILLA MORALES DANILO	59	0			N																	25-14	7.500.000	1.200.000	0	0	37.500	37.500	EPS008	7.500.000	937.500	14-23	7.500.000	1	39.200		0	0	0	0	0	0	0	0
2	CC	1032473060	BONILLA URUEÑA SANTIAGO	40	0			N																		0	0	0	0	0	0	EPS008	0	86.400		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA DEPURACIÓN DE BASE DE CÁLCULO DE RETENCIÓN					
Naturaleza del proceso:	**Apoyo**	**Código:**	**GFIF02**	**Versión**	**06**

Bogotá D.C., agosto 06 de 2024

Señores
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
Ciudad

Yo Danilo Bonilla Morales identificado con cedula de ciudadanía 79.493.424 de Bogotá Contrato de Prestación de Servicios No: 252 de 2024

De acuerdo a lo establecido en el Estatuto Tributario, Ley 2277 del 13 de diciembre de 2022 Reforma tributaria para la igualdad y justicia social, Decreto 1625 del 11 de octubre de 2016 y sus modificaciones, Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, **bajo la gravedad de juramento certifico que**:

1. Soy declarante del impuesto de renta en los términos definidos por la normatividad vigente **SI (X) NO ( )**

2. Soy responsable del impuesto a las ventas -IVA **SI ( ) NO (X)**

3. Tengo otros contratos suscritos con el Estado **SI ( ) NO (X)**
   (Si la suma de estos contratos es igual o superior a 4.000 UVT es responsable de IVA)

4. Pertenezco al régimen de tributación simple - **RTS** según lo estipulado en el RUT **SI ( ) NO (X)**
   (Marque "SI" solo si en el RUT tiene la responsabilidad 47)

5. Dando aplicación al art. 9 del Decreto 2231 de 2023, manifiesto que durante la vigencia **SI ( ) NO (X)** aplicaré costos y deducciones correspondientes a los ingresos provenientes del contrato suscrito con el Ministerio de Salud y Protección Social.

   (Si marca "SI" se aplicará la tarifa de retención en la fuente establecida en el articulo 392 del E.T según el caso, si marca "NO" se aplicará la tarifa de retención en la fuente establecida en el articulo 383 del E.T)

6. De manera libre y espontanea manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos en la normatividad vigente, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica :

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	DOCUMENTO

(Adjuntar según el caso: registro civil, certificado contador publico, certificado de antecedentes disciplinarios, certificados de estudio, certificado medico) Nota: El certificado de antecedentes disciplinarios en ningún caso podrá ser mayor a 90 días.

7. Realicé el pago de intereses por préstamo de vivienda **SI (X) NO ( )**
   (Adjuntar certificado expedido por la entidad correspondiente del año inmediatamente anterior)

   Para fines del beneficio tributario del valor del deducible por el concepto antes señalado, según lo dispone el Decreto Reglamentario 3750 de 1986, Artículo 8º, DUR 1625 de 2016 Art 1.2.4.1. 6 solicito que la deducción prevista sea del siguiente (%) porcentaje: **_100_ %.**

8. Realizo ahorros en cuentas AFC (Ahorro para el fomento de la construcción) **SI ( ) NO (X)**
   (Adjuntar mensualmente a la cuenta el soporte de la consignación, en donde indique nombre del titular, número de la cuenta y tipo de cuenta (AFC, AVC, Pensión voluntaria)

9. Realizo aportes voluntarios Fondos de Pensiones (Diferentes a los obligatorios) **SI ( ) NO (X)**
   (Adjuntar mensualmente a la cuenta el soporte de la consignación, en donde indique nombre del titular, número de la cuenta y tipo de cuenta (AFC, AVC, Pensión voluntaria)

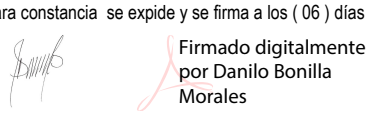
10. Realicé el pago de planes de medicina prepagada y/o pólizas de salud **SI ( ) NO (X)**
    (Adjuntar certificado expedido por la entidad correspondiente del año inmediatamente anterior)

11. Soy Pensionado **SI ( ) NO (X)**
    (Adjuntar Resolución o certificación de pensionado)

12. Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.

13. Informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a categoría tributaria.

Para constancia se expide y se firma a los (06) días del mes de agosto de 2024



Firma Electrónica

FORMATO INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción					
Naturaleza del proceso:	**Apoyo**	**Código:**	**GCOF18**	**Versión:**	**04**

Contrato No.	252 de 2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	DANILO BONILLA MORALES		
Nombre del supervisor y/o interventor	JAIME ALBERTO VILLAMIL	**Teléfono / Extensión**	1921
Dependencia	SUBDIRECCIÓN DE COSTOS Y TARIFAS DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD		
Objeto del contrato	Prestación de Servicios Profesionales de apoyo al Ministerio, en el análisis, evaluación y diagnóstico de los soportes contables y financieros presentados por las empresas del aseguramiento en salud, con la finalidad de ejercer las funciones regulatorias de la Dirección de beneficios, costos y tarifas del aseguramiento en salud		
Fecha de inicio	lunes, 29 de enero de 2024	**Fecha de terminacion**	sábado, 28 de diciembre de 2024
Período objeto del informe:	01 de julio de 2024 - 30 de julio de 2024		

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN

OBLIGACIONES GENERALES

	Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones o comentarios del Supervisor
1	Entregar los informes pactados y los requeridos por el supervisor del contrato.	Se identifican las obligaciones del contrato	N/A	N/A para el periodo de cobro
2	Realizar las labores en forma independiente, bajo su propio riesgo y responsabilidad, sin sujeción o condiciones diversas a aquellas que requieran para el cumplimiento del objeto contractual y sin que ello implique exclusividad, salvo en los eventos en que otras asesorías impliquen conflictos de interés.	Se cumplió con la obligación	N/A	N/A para el periodo de cobro
3	Realizar los desplazamientos que se requieran para el desarrollo de sus obligaciones acorde con la solicitud del supervisor, para lo anterior, EL MINISTERIO realizará de forma previa el trámite presupuestal y administrativo correspondiente.	Se cumplió con la obligación. Se apoyo en la comisión de sisipi CRIC del 21 al 25 de julio de 2024, en la ciudad de popayan	N/A	Reunion presencial con delegados del SISPI CRIC en popayan del 21 al 25 de Julio de 2024
4	Reportar de manera inmediata cualquier novedad o anomalía, al supervisor del contrato.	No se presentaron anomalías	N/A	N/A para el periodo de cobro
5	Entregar a la finalización del contrato, en perfecto estado, salvo el deterioro normal por el uso, los elementos y equipos entregados para la prestación del servicio objeto de este contrato reportados en su	Se realizara al finalizar el contrato	N/A	N/A para el periodo de cobro

	inventario individual, así como el carnet de identificación y la tarjeta de acceso en caso de que estos le hayan sido suministrados. Dicha entrega se realizará al supervisor del contrato.			
6	Pagar en forma cumplida y de manera equivalente a los honorarios pactados de acuerdo con la normatividad que regula la materia, los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral.	Se cumplió con la obligación.	Soporte de pago de aportes mes de correspondiente.	N/A para el periodo de cobro
7	Atender los lineamientos dados por el MINISTERIO en materia de procesos y procedimientos relacionados con el Sistema Integrado de Gestión Institucional-SIG y asistir a actualizaciones relacionadas con el mismo.	Se atendieron los lineamientos dados por el MINISTERIO.	N/A	N/A para el periodo de cobro
8	Cumplir con las politicas de seguridad de la Información y los lineamientos dados por el MINISTERIO relacionados con el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información.	Se cumplió con la obligación.	N/A	N/A para el periodo de cobro
9	Firmar un compromiso de confidencialidad y no divulgación con respecto a toda la información obtenida por **EL/LA CONTRATISTA** durante la prestación del servicio.	Se cumplió con la obligación.	N/A	N/A para el periodo de cobro
10	Entregar al supervisor a la finalización del contrato en medio magnético los archivos editables y no editables elaborados o conocidos con ocasion de la ejecución del contrato.	Se realizara a la terminación del contrato	N/A	N/A para el periodo de cobro
11	Encargarse personalmente del archivo de la documentación que deba gestionar con objeto del contrato, de acuerdo con el manual de archivo y correspondencia vigente y/o normas del Archivo General de la Nación. .	Se cumplió con la obligación.	N/A	N/A para el periodo de cobro
12	Responder en forma oportuna por el diligenciamiento y gestión de la correspondencia generada y recibida como usuario, a través del Sistema de Gestión Documental utilizado por la entidad.	No se da respuesta a orfeos	N/A	N/A para el periodo de cobro
	Constituir, en caso de ser necesario, la garantía a favor de EL MINISTERIO por los valores			

13	y con los amparos previstos en el mismo y mantenerla vigente durante el término establecido por la entidad, así mismo deberá cargarla a la plataforma SECOP II a más tardar dentro los tres (3) días hábiles siguientes a la aceptación del contrato por las partes, para la revisión y aprobación por parte del MINISTERIO, cuando a ello hubiere lugar.	Se cumplió con la obligación.	NA	N/A para el periodo de cobro
14	Presentar, junto con la garantía única exigida en el presente contrato, el documento donde conste la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales, de conformidad con lo señalado en el artículo 2 de la Ley 1562 de 2012 y el Decreto 1072 de 2015. Esta afiliación se hará a la ARL escogida por EL/LA CONTRATISTA (afiliándose en todo caso a una sola ARL), y la cotización se realizará en su totalidad por parte de EL/LA CONTRATISTA, a través del mecanismo establecido para el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral.	Se cumplió con la obligación y se reporta en este informe.	Se presenta planilla de pago de para fiscales.	N/A para el periodo de cobro
15	EL/LA CONTRATISTA dentro de los 30 días siguientes al último pago recibido por concepto de honorarios, deberá remitir al supervisor del contrato el soporte del pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral realizado correspondiente al último mes cobrado, so pena que se adelanten las acciones administrativas y contractuales a que haya lugar.	Se realizara en la terminación del contrato	N/A	N/A para el periodo de cobro
16	Presentar al supervisor un informe mensual que de cuenta de la ejecución de las obligaciones contractuales.	Se cumplió con la obligación	N/A	N/A para el periodo de cobro
17	Presentar para el primer pago, la inducción virtual que se encuentra publicada en la pagina de Salud net en el sitio “Entorno Laboral Saludable” estrategia “Formacion y Capacitacion, Induccion Virtual”. Una vez terminada la inducción virtual, EL/LA contratista debe aportar la constancia que	Se cumplió con la obligación	Se presenta constancia de la inducción virtual	N/A para el periodo de cobro

	certifique, al supervisor del contrato.			
18	Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo.	Se cumplió con la obligación	NA	N/A para el periodo de cobro
19	Reportar a la ARL e informar al MINISTERIO la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.	No se presenta incidentes, accidentes de trabajo	NA	N/A para el periodo de cobro
20	Partcipar en las actividades de Prevencion y Promocion organizadas por EL MINISTERIO o la Administradora de Riesgos Laborales.	No se realizaron actividades de promoción y prevención	NA	N/A para el periodo de cobro
21	Las demás que estén directamente relacionadas con el objeto del contrato.	Se cumplió con la obligación	NA	N/A para el periodo de cobro

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS

Obligación contractual		Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones o comentarios del Supervisor
1	Elaborar de manera concertada con el supervisor del contrato un plan de trabajo y cronograma de actividades para el cumplimiento de las obligaciones	Se cumplió con la obligación, se entrega plan de trabajo	\\minspsvm205\CONTRATISTAS\SUBDIRECCION_COSTOS_ Y_TARIFAS\3_CONTRATOS_2024\CTO_DANILO_BONILLA_MORALES\Julio 2024	Se entrega el plan de trabajo
2	Apoyar la evaluación de la información contable y financiera presentada por las entidades del aseguramiento con el fin de establecer los recursos que deben destinarse para la financiación de los servicios y tecnologías en salud, así como los gastos de administración	Analisis de informacion de estados financieros de las EPS estudio para Ministerio de Hacienda. Se analisa la informacion de Las EPS asignadas a la direccion	\\minspsvm205\CONTRATISTAS\SUBDIRECCION_COSTOS_ Y_TARIFAS\3_CONTRATOS_2024\CTO_DANILO_BONILLA_MORALES\Julio 2024	Se evidencia archivos.
3	Apoyar el diagnóstico de la situación económico-financiero de las EPS para establecer el gasto de administración y evaluar la siniestralidad de conformidad con las	Analisis de informacion de estados financieros de las EPS estudio para Ministerio de Hacienda. Se analisa la informacion de Las EPS asignadas a la direccion	\\minspsvm205\CONTRATISTAS\SUBDIRECCION_COSTOS_ Y_TARIFAS\3_CONTRATOS_2024\CTO_DANILO_BONILLA_MORALES\Julio 2024	Se evidencian Archivos

	normas de prácticas financiera			
4	Apoyar la evaluación técnica de la implementación de la facturación electrónica en salud, en cuanto a los registro de las notas débitos, crédito y anticipos.	Se realizan reuniones durante el mes de febrero, se aplaza la resolución 2275 de 2023 con la nueva resolución 558 de 2024	Reuniones los días miércoles de cada semana,	Asiste a reuniones
5	Apoyar el análisis de la metodología para determinar el costo del SISPI en todo el territorio nacional.	Se realiza reunión con delegados del sispi CRIC	Reunion presencial con delegados del SISPI CRIC en popayan del 21 al 25 de Julio de 2024 \\minspsvm205\CONTRATISTAS\SUBDIRECCION_COSTOS_ Y_TARIFAS\3_CONTRATOS_2024\CTO_DANILO_BONILLA_MORALES\Julio 2024	Asisitio a reunion
6	Apoyar en el análisis, evaluación y diagnóstico de la situación financiera de las operaciones y actividades registradas por las EPS e IPS como insumo del estudio técnico de suficiencia.	Analisis de estados financieros EPS Evaluacion de reservas Estados financieros al cierre 2023	\\minspsvm205\CONTRATISTAS\SUBDIRECCION_COSTOS_ Y_TARIFAS\3_CONTRATOS_2024\CTO_DANILO_BONILLA_MORALES\Julio 2024	Se evidencia archivo de Excel
7	Apoyar la evaluación y diagnóstico de las tarifas en la prestación de los servicios de salud.	Durante el mes de julio no se apoyo la parte de tarifas, debido a quedurante todo el mes se apoyo al viceministerio con un trabajo financieros ordenado por el viceministro Luis Alberto Martinez.	N/A	N/A
8	Contribuir con el desarrollo de dos (2) boletines informativos1 en el marco de su objeto contractual	N/A para el periodo	N/A para el periodo	N/A para el periodo de cobro
9	Apoyar la respuesta de peticiones y consultas relacionadas con el objeto contractual.	Se asistieron a reuniones. 05/07/2024 09/07/2024 08/07/2024 23/07/2024 24/07/2024 25/07/2024 26/07/2024	Se asiste a reuniones con ministerio de hacienda y ministerio de salud	Asistir a las reuniones programadas

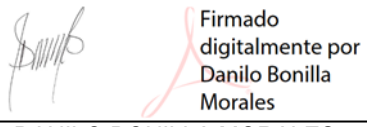
		04/07/2024- HACIENDA 08/07/2024- HACIENDA 09/07/2024- Nueva EPS,Sura 15/07/2024- FEV, ejemplificación. 16/07/2024- SUPERSALUD 18/07/2024- HACIENDA		

OBLIGACIONES FRENTE AL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO

Obligación contractual		Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones o comentarios del Supervisor
1	Procurar el cuidado integral de su salud.	Se dio cumplimiento con la obligación	N/A	El contratista cumplió con las actividades pactadas durante el periodo contractual
2	Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo.	Se dio cumplimiento con la obligación	N/A	El contratista cumplió con las actividades pactadas durante el periodo contractual
3	Reportar a la ARL e Informar al MINISTERIO la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.	No se presentaron incidentes y accidentes de trabajo	N/A	El contratista cumplió con las actividades pactadas durante el periodo contractual
4	Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por EL MINISTERIO o la Administradora de Riesgos Laborales.	Se dio cumplimiento con la obligación	N/A	El contratista cumplió con las actividades pactadas durante el periodo contractual
5	Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SGSST adoptadas por EL MINISTERIO	Se dio cumplimiento con la obligación	N/A	El contratista cumplió con las actividades pactadas durante el periodo contractual

FORMATO INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción					
Naturaleza del proceso:	**Apoyo**	**Código:**	**GCOF18**	**Versión:**	**04**

Hago constar que durante el periodo reportado se adelantaron las anteriores obligaciones y/o actividades.



DANILO BONILLA MORALES
Fecha: 08/08/2024

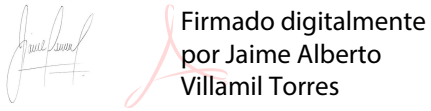
INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato, el supervisor certifica que:

1. El contratista durante el periodo señalado, desarrolló y cumplió las actividades, presentó y entregó los informes, productos y demás obligaciones pactadas en el Contrato en mención (anteriormente presentadas). SI ☒ NO☐
2. De conformidad con las disposiciones legales efectuó el pago a los aportes respectivos al sistema de seguridad social integral en salud y pensiones y/o aportes parafiscales. (Se anexan comprobantes de pago de los aportes).
3. El contratista aportó la certificación de examen pre-ocupacional como adjunto a los documentos correspondientes al primer pago del Contrato, en cumplimiento de lo previsto del artículo 2.2.4.2.2.18 del Decreto 1072 de 2015.
   SI ☒ NO☐
4. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por El contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato en mención. SI ☒ NO☐
5. A la fecha SI ☐ NO☒ existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.
6. Durante el periodo del presente informe realicé el respectivo monitoreo a los riesgos relativos a la etapa de ejecución y la etapa postcontractual del presente contrato.

OBSERVACIONES	El contratista cumplio con las obligaciones durante el periodo

En constancia, firmo:



JAIME ALBERTO VILLAMIL
Supervisor

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., jueves, 08 de agosto de 2024

fedeaa
FONDO DE EMPLEADOS

EL FONDO DE EMPLEADOS FEDEAA
NIT. 860.025.111-8

CERTIFICA QUE:

Con corte a Diciembre 31 de 2023, nuestro asociado(a) **DANILO BONILLA MORALES,** identificado con cédula de ciudadanía No. **79493424,** presento los siguientes saldos:

DEPOSITOS / APORTES

CONCEPTO	DOCUMENTO	SALDO	RENDIMIENTOS	RTE EN LA FUENTE
AHORRO VOLUNTARIO	22232	9,724,702	142,683	936
AUXILIO DIRECTIVOS	26317	2,438,630	0	0
AUX NAVIDEÑO	12398	74,390	0	0
AUX NAVIDEÑO	27359	150,000	0	0
AUX NAVIDEÑO	30070	150,000	0	0
CDAT	28925	0	1,026,025	74,457
CDAT	29337	0	288,889	22,902
CDAT	29582	240,000,000	9,400,000	660,569
CDAT	29833	155,000,000	3,676,944	260,219
PROYECTOS INVERSION	29714	14,125,247	27,147	1,900
APORTES ORDINARIOS	196	6,943,920	0	0
REVALORIZACION APOR	196	649,947	0	0
AHORRO PERMANENTE	196	2,607,280	49,117	287
INTAHO PERMANENTE	196	54,929	0	0
TOTALES		431,919,045	14,610,805	1,021,270

AUXILIOS

CONCEPTO	TOTAL RECIBIDO
AUXILIO COOPSERFUN Y COORSERPARK	49,992
FBS ACT AÑO	150,000

Saldo de créditos a Diciembre 31 de 2023

CREDITO VIVIENDA

Línea	Desembolso Inicial	Intereses Pagados	Capital Pagado	Saldo Capital
VIVIENDA NO VIS 80%	250,000,000.00	7,517,423.00	128,060,092.00	0.00
V. NO VIS 70% (>=21)	155,000,000.00	2,145,459.00	563,783.00	154,436,217.00
TOTALES	**405,000,000.00**	**9,662,882.00**	**128,623,875.00**	**154,436,217.00**

CREDITOS DE CONSUMO

Línea	Desembolso Inicial	Intereses Pagados	Capital Pagado	Saldo Capital

EL FONDO DE EMPLEADOS FEDEAA
NIT. 860.025.111-8

VIVIENDA NO VIS 80%	128,060,092.00	7,517,423.00	128,060,092.00	0
V. NO VIS 70% (>=21)	155,000,000.00	2,145,459.00	563,783.00	154,436,217
INM. DIF. A VI(>=21)	90,000,000.00	12,732,598.00	4,221,107.00	85,778,893
TOTALES	**373,060,092.00**	**22,395,480.00**	**132,844,982.00**	**240,215,110.00**

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
Línea	**Desembolso Inicial**	**Intereses Pagados**	**Capital Pagado**	**Saldo Capital**
POLIZA HOGAR	617,068.00	0.00	692,329.00	0.00
LOS OLIVOS	92,008.00	0.00	90,008.00	8,834.00
POLIZA AUTO SURA	3,723,891.00	0.00	3,690,462.00	328,824.00
TOTALES	**4,432,967.00**	**0.00**	**4,472,799.00**	**337,658.00**

GMF	
BASE	29,806,504
VALOR RETENIDO	119,226

La suma retenida se consignó oportunamente en los bancos autorizados por la Dian en la ciudad de Bogotá D.C. Mediante el Decreto 728 de 2022, el Ministerio de Hacienda fijó en 100 % el monto del componente inflacionario que las personas naturales que no llevan contabilidad.

Esta certificación se expide a los VEINTE Y TRES (23) días del mes de Febrero de 2024, en la ciudad de Bogotá D. C.

NO REQUIERE FIRMA, ARTICULO 10 DECRETO 836 1991

CRA 102A #25H-45 OF 301-309
7562118
contador@fedeaa.com
www.fedeaa.com